

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

RAQUEL SOUZA LOPES

**BAIXA ADESÃO DAS MULHERES AO EXAME
PAPANICOLAOU**

BELO HORIZONTE

2011

RAQUEL SOUZA LOPES

**BAIXA ADESÃO DAS MULHERES AO EXAME
PAPANICOLAOU**

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Saúde Coletiva - Saúde da Família da Escola de Enfermagem da Universidade de Federal de Minas Gerais para obtenção do título de Especialista em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Torcata Amorim

BELO HORIZONTE

2011

Dedico:

Deus guiou-me nessa longa caminhada.
Dedico essa conquista a vocês meus pais, pois
de vocês recebi o dom mais precioso do
universo: A vida.

Agradecimentos

Meus sinceros agradecimentos à querida professora Torcata que muito contribuiu para o desempenho deste trabalho, aos professores do curso que se empenharam para dividir seus valiosos conhecimentos, a todos aqueles da família que compreenderam minha ausência em razão das aulas de fim de semana, especialmente ao meu pai que se doa de coração às minhas expectativas e, por fim, aos colegas do curso pelos conhecimentos compartilhados.

RESUMO

O câncer cérvico uterino é uma das doenças crônicas – degenerativas que representa um alto índice de morbi-mortalidade letalidade e morbidade, com isso, ele é considerado um problema de saúde pública. Diante disto, o Ministério da Saúde vem desde a década de 1980 investindo em programas que visem a melhoria da saúde das mulheres. Apesar da existência destes programas de rastreamento e a eficácia do tratamento para o câncer quando diagnosticado precocemente, ainda existe um grande número de mulheres que não realizam o exame preventivo ou não realizam com a frequência recomendada. Nesse sentido foi realizado um estudo bibliográfico com o intuito de identificar o motivo da baixa adesão das mulheres ao exame preventivo. A busca foi realizada através de materiais encontrados na língua portuguesa na base de dados BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde), LILACS (Literatura Latino - Americano e do Caribe em Saúde) SCIELO (Scientific Electronic Library Online) CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoas de Nível Superior) site do Ministério da Saúde. Foram identificadas diversos fatores para a não realização do exame preventivo destacando a vergonha, o medo do exame, o desconhecimento da importância do exame, a objeção do companheiro, o temor da doença, o baixo nível socioeconômico e cultural entre outros. Faz-se necessário uma importante modificação de abordagem em todos os contexto para que ocorra a mudança desse perfil.

Palavras Chave: prevenção, políticas públicas, saúde da Mulher, papilomavirus humano e Neoplasia do colo uterino.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	4
2 – OBJETIVOS.....	5
2.1 Objetivos Específicos.....	5
3 – METODOLOGIA..	5
4 – DESENVOLVIMENTO.....	7
4.1. Fatores de Risco.....	7
4.2. Relação das DST's e do Câncer de Mama com o Exame Citológico.	8
4.2.1. Câncer de mama.....	9
4.2.2. DST's.....	9
4.3 Exame Papanicolaou.....	11
4.4. Atribuições da Equipe de Saúde da Família.....	13
5. ACHADOS.....	17
6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19

1 – INTRODUÇÃO

O câncer do colo do útero é um grave problema de saúde pública, pois, apesar de ser prevenível por métodos de rastreamento de baixo custo, ainda apresenta alta incidência e mortalidade mundiais.

Segundo relatório do Instituto Nacional do Câncer (INCA) 2009, esse tipo de câncer é o segundo mais frequente entre as mulheres, totalizando 500 mil novos casos por ano no mundo e causando 230 mil mortes anualmente. Sua incidência é duas vezes maior em países em desenvolvimento. No Brasil estimou-se que teria 18.430 novos casos de câncer do colo do útero em 2010, sendo que a estimativa para o ano de 2010 é válida para o ano de 2011, na qual ainda apontam para a ocorrência de 489,270 casos novos de todos os tipos de câncer nesses anos.

O Brasil, visando melhorar a cobertura do exame preventivo, e com isso diminuir a incidência da malignidade do câncer de colo de útero, criou em 1996, o Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. Este programa tem como objetivo reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses cânceres na mulher brasileira, por meio da oferta de serviços para prevenção e detecção em estágios iniciais da doença e de suas lesões precursoras, bem como tratamento e reabilitação das mulheres. (Ministério da Saúde, 2006c)

As ações previstas para o controle do câncer de colo do útero contemplam um atendimento humanizado e integral à mulher, a detecção precoce por meio do exame preventivo e tratamento adequado das lesões, a fim de promover a cura. As estratégias para a implantação das ações do Programa “Viva Mulher” prevêm melhorar a qualidade da assistência prestada a mulher, incentiva-la a cuidar de sua saúde, reduzir a desigualdade de acesso à rede de saúde e promover uma rede nacional articulada e integrada.

O aumento dos casos de câncer de colo e a malignidade da doença e suas repercussões psico-sociais nas mulheres motivou o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Câncer (INCA) a promover um debate que levou em 2005, a construção do Plano de Ação para o Controle do Câncer

de Mama e do Colo do Útero no Brasil. Esse plano de ação vai ao encontro da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

Estudos epidemiológicos têm relacionado o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino ao comportamento sexual das mulheres e a transmissão de agentes infecciosos como o Papilomavirus Humano (HPV), considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como o principal fator de risco para a doença (FERNANDES 2007).

Segundo Anjos et al (2010) a progressão tumoral, a partir da infecção de células normais infectadas pelo HPV, parece estar condicionada a fatores relacionados ao vírus (subtipo do vírus, infecção simultânea por vários tipos oncogênicos e a carga viral), a fatores relacionados ao hospedeiro (imunidade e número de partos) e a co-fatores exógenos (tabagismo, co-infecção pelo HIV ou outros agentes de transmissão sexual e uso prolongado de contraceptivos orais).

Atualmente, mais de 200 tipos de Papiloma Vírus foram descritos, sendo 100 tipos os que acometem os seres humanos e dentre eles 50 tipos acometem o aparelho genital. Munoz et al (2003) classifica o vírus em alto e baixo risco, conforme risco epidemiológico. Os de baixo risco são geralmente encontrados em condilomas vulvo-genitais e os de alto risco são associados ao câncer cervical. Foram classificados 15 tipos de vírus de alto risco, entre eles estão os tipos: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56 e 58, sendo que os tipos 26, 53 e 66 poderiam também ser considerados de provável alto risco. Os tipos de baixo risco são: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 e CP6108 – e os tipos 34, 57 e 83 – não foram detectados em nenhuma das amostras e foram, portanto, consideradas de risco indeterminado.

A incidência de infecções por HPV de alto risco é mais elevada do que a de baixo risco. O HPV tipo 16 é o mais prevalente nas infecções do trato genital, chegando até 66%, seguido dos tipos 18 (15%), 45 (9%) e 31 (6%) sendo que os 4 tipos juntos, podem corresponder até a 80% dos casos. O tipo 16 também é o mais frequente detectado no carcinoma cervical invasor, e o tipo mais prevalente em quase todas as partes do mundo. É também o mais persistente, com duração de 12 meses ou mais, enquanto

infecções por outros tipos de HPV duram de 6 a 8 meses. Portanto, mulheres com HPV 16 e 18 têm um risco aumentado de desenvolver câncer cervical, quando comparadas com as que têm outros tipos e, o risco relativo (RR) de desenvolver lesão precursora chega a 10,2, se comparada com mulheres sem infecção (NAKAGAWA et al, 2010)

Apesar de o Brasil ter sido um dos primeiros países a realizar os exames de copolcitologia e colposcopia, esse tipo de câncer ainda continua sendo um sério problema de saúde pública, por manter uma das mais elevadas taxas de óbito por esta doença (FERNANDES, 2007).

Uma forma de reduzir a mortalidade do câncer do colo uterino é dar continuidade as ações dos programas Viva Mulher – Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama e do Plano de Ação para o Controle de Câncer de Mama e do Colo do Útero no Brasil. Nesses programas, uma das ações de prevenção ao câncer é a realização do exame de Papanicolaou, que favorece o diagnóstico, e com isso é possível realizar o tratamento precoce da doença, impedindo seu agravamento.

Diante do exposto, em que há um investimento em programas para o diagnóstico precoce do câncer de colo uterino, e um elevado número de casos, torna-se necessário identificar os motivos da baixa adesão das mulheres para a realização do exame preventivo, com o intuito de adequar as ações dos profissionais de saúde para esse contexto.

2 – OBJETIVO

Fazer um levantamento bibliográfico para conhecer os motivos da baixa adesão das mulheres, para realização do exame de Papanicolaou.

3 – METODOLOGIA

O estudo foi realizado através de levantamento bibliográfico com a finalidade de conhecer os motivos da baixa adesão do exame preventivo. A revisão bibliográfica apresenta como principal vantagem o fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia advir de outro tipo de pesquisa (GIL, 2002). Foi realizada busca em livros, protocolos, manuais e artigos, que tratem do mesmo tema, e em artigos na língua portuguesa na base de dados BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde), LILACS (Literatura Latino - Americano e do Caribe em Saúde) SCIELO (Scientific Electronic Library Online), CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoas de Nível Superior). O período do levantamento compreende o intervalo de 2000 a 2010, sendo os descritores da ciência em saúde da Biblioteca Virtual de Saúde: prevenção, políticas públicas, saúde da Mulher.

Foram encontrados 224 artigos que abordavam o tema, sendo que em 70, foi possível conseguir o trabalho na íntegra. Através da leitura do resumo dos 70 artigos foram selecionados 23 artigos, manuais, protocolos e capítulos de livros que melhor abordavam o tema de interesse para a confecção do trabalho. A partir daí procedeu-se a leitura minuciosa dos artigos sendo feito um resumo de cada um, após o resumo foram selecionados 19 artigos, protocolos, manuais e livros, que subsidiaram este estudo.

A parte descritiva do presente trabalho reuniu informações que possibilitaram avaliar as dificuldades apresentadas pelas mulheres para realizar o exame preventivo, e com isso, viabilizar um olhar diferenciado dos profissionais de saúde, voltado para a prevenção e promoção do câncer de colo-uterino.

4 – DESENVOLVIMENTO

O exame de citologia oncótica, também conhecido como Papanicolaou ou preventivo de câncer do colo uterino, não é somente uma maneira de diagnosticar a doença, mas serve principalmente para determinar a possibilidade futura de a mulher vir a desenvolver o câncer de colo do útero. O profissional deve realizar o exame de forma humanizada, buscando fazer uma avaliação do todo, o que permite a identificação de alterações na condição de saúde, como doenças da vulva, do canal vaginal, do ânus, das mamas, entre outros (Ministério da Saúde, 2006).

O profissional deve aproveitar o momento também para se aproximar da cliente e orientá-la, além de esclarecer as dúvidas apresentadas sobre forma de contágio, prevenção da saúde sexual e reprodutiva da mulher e os sintomas das doenças sexualmente transmissíveis, pois, tais fatores raramente são considerados durante uma consulta clínica geral.

Em 2004 foi realizada a I conferência Nacional de Políticas Nacional de Atenção à Saúde. A referida política visa a implementação dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, ou seja, a universalidade, a integralidade, e a equidade, e incorpora uma concepção de atenção que enfatiza a promoção da saúde, ampliando o leque de ações proposta pelo PAISM.

Em 1983 foi elaborado o Programa de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PAISM), que abordava a prevenção do câncer de colo do útero com o alto índice de câncer de mama e de câncer de colo de útero foi criado em 1996 o viva mulher- Programa Nacional de Controle de Câncer de Colo do Útero e Mama com ações específicas para diminuir a mortalidade por esses câncer .

Segundo relatório do SUS que apresentou em 2006 um panorama sobre as principais causas de internação entre mulheres de 10 a 49 anos de idade, sendo o câncer a 4ª causa de internação e a 3ª causa de morte. Conforme é demonstrado na tabela a seguir

Principais causas de Internação de mulheres de 10 a 49 anos de idade no SUS em 2006

	Número	%
Causas de internação		
Doenças do aparelho geniturinário	373.169	16,4
Doenças do aparelho digestivo	241.682	10,6
Aborto	232.716	10,2
Câncer	199.626	8,8
Doenças do aparelho respiratório	176.473	7,8
Doenças infecciosas e parasitárias	166.024	7,3
Doenças do aparelho circulatório	154.045	6,8
Transtornos mentais	150.249	6,6
Causas externas (violências)	120.170	5,3

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde e Departamento de Informática do SUS (Datasus), Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS 2005)

Considerando somente as mortes por câncer, vemos que o câncer de colo Uterino se encontra como a terceira causa de morte das mulheres, ficando atrás do câncer de mama e Pulmão.

As 10 principais causas de morte por câncer em mulheres no Brasil em 2005

Principais causas de morte relacionado ao tipos de câncer	Número	%
Mama	10.208	15,0
Pulmão	6.059	8,9
Colo do útero	4.506	6,6
Estômago	4.311	6,4
Cólon	3.554	5,2
Pâncreas e Fígado	2.871	4,2
Leucemias	2.464	3,6
Outra parte do útero não especificada	2.082	3,1

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Departamento de Informática do SUS (Datasus), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM 2005)

Os dados de morbidade e mortalidade evidencia a importância destes agravos na população feminina e a necessidade do diagnóstico precoce para levar a cura.

4.1 Fatores de Risco

A infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV) é uma das causas, para o desenvolvimento do câncer do colo uterino; porém, por si só, não é uma causa suficiente, uma vez que, para o desenvolvimento, manutenção e progressão das lesões intra-epiteliais, faz-se necessário além da persistência do HPV, a sua associação a outros fatores de risco. Segundo Fernandes (2007) a prevenção primária do câncer cérvico – uterino refere-se a redução da exposição aos fatores de riscos como, o início precoce da atividade sexual, a multiplicidade de parceiros, as doenças sexualmente transmissíveis, especialmente a infecção causada pelo HPV e a multiparidade. Estudos epidemiológicos ainda não conclusivos têm relacionado o uso de anticoncepcional oral; a situação de imunossupressão como diabetes, lúpus, corticoterapias, AIDS, tabagismo e a alimentação pobre em folatos, vitaminas A e C e betacaroteno, dentre outros, com o aumento do risco de câncer cérvico uterino.

Em relação ao uso de contraceptivos orais, a associação que se faz entre sua utilização por mulheres sexualmente ativa e o câncer cérvico-Uterino está relacionado ao uso prolongado, deixando de usar um método de barreira, sendo mais susceptíveis à contaminação pelo HPV.

O exame citológico é a maneira mais rápida, eficaz e barata de detecção precoce das lesões pré-clínicas e, está disponível no SUS em toda rede da atenção básica. No entanto, estima-se que 40% das mulheres brasileiras nunca realizaram o exame preventivo, sendo que seis milhões dessas mulheres têm entre 35 e 49 anos, faixa etária com maior incidência da doença. (BRASIL, 2002c)

“De acordo com a OMS, quando o rastreamento apresenta boa cobertura (80%) e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer.” (BELO HORIZONTE,2008,p.09)

Para que a incidência de mortalidade pelo câncer diminua é importante que tenha uma reorganização da assistência, na qual os profissionais estejam aptos a atender as mulheres e identificar aquelas que ainda não realizaram o exame preventivo. Pois muitas mulheres ainda não realizam o exame de prevenção por algumas possíveis razões relacionadas a aspectos sócio-econômicos e culturais, precário nível de informação sobre a gravidade da patologia e importância do exame preventivo.

De acordo com Pinho (2003):

“O êxito no rastreamento do câncer cérvico-uterino dependerá, acima de tudo, da reorganização da assistência clínico-ginecológica às mulheres nos serviços de saúde, da capacitação dos profissionais de saúde, da qualidade e continuidade das ações de prevenção e controle da doença e do estabelecimento de intervenções mais humanizadas e equitativas, respeitando as diferenças culturais entre as mulheres e focalizadas em eliminar as barreiras e iniquidades no acesso e utilização dos serviços preventivos”.(Pinho 2003.p109).

Assim, é importante avaliar no atendimento a mulher, seus conhecimentos sobre a importância do exame preventivo para detecção do câncer e com isso, abordar o autoconhecimento do corpo e das possíveis patologias.

O câncer de colo uterino desenvolve lentamente e inicia-se no colo do útero, sendo que o útero é composto por colo, corpo e fundo. Quando o exame é precocemente realizado se torna possível identificar as alterações do colo devido sua evolução lenta, o que permite a cura em quase sua totalidade dos casos. Entretanto, se não diagnosticado e tratado precocemente, pode estender-se para todo o útero e outros órgãos.

Após a instalação do câncer de colo do útero, é possível identificar a seguinte evolução:

- displasia - lesão inicial onde as células do colo sofrem alterações mínimas;
- Carcinoma in situ – decorridos aproximadamente 3 anos do surgimento da displasia, instala-se uma forma localizada;
- Carcinoma microinvasor – ocorre após 6 anos, o tumor invade a mucosa do útero;

- 14 anos após o aparecimento da displasia, o câncer assume sua forma mais terrível espalhando-se, mediante a ocorrência de metástase, para outras regiões do corpo.

O exame preventivo é realizado através da coleta de material do colo do útero, com o auxílio da espátula de Ayre e escovinha para esta finalidade. Este material após ser rigorosamente identificado e acondicionado é enviado ao laboratório para análise. O exame é rápido e, para a maioria das mulheres, não causa dor. Em alguns casos, pode provocar incômodo passageiro. O Ministério da Saúde recomenda que os dois primeiros exames devem ser feitos com intervalo de um ano. Se os resultados desses exames forem normais, o exame passará a ser feito a cada três anos. (Circ, Eric Lucas 2005)

É recomendado pelo Ministério da Saúde que o exame preventivo seja realizado pelas mulheres de 25 a 60 anos. Segundo Cirino (2010) os adolescentes constituem uma população de alta vulnerabilidade para este agravo, na medida em que o início da vida sexual os aproxima de problemas de saúde da esfera reprodutiva e sexual, sendo que o principal agente oncogênico do câncer de colo uterino, ocorre no início da vida sexual na adolescência ou por volta dos 20 anos. Com isso, se torna necessário abordar e disponibilizar o exame para as adolescentes que já iniciaram a vida sexual. Se na época do controle do câncer cérvico uterino, a mulher estiver grávida, o mesmo pode ser realizado, se não houver nenhuma contra indicação. Porém, evita-se realizar a coleta da endocérvice após o 7º mês (Secretaria Municipal de Saúde 2008)

4.2. Relação das DST e do Câncer de Mama com o Exame Citológico

É condição sine qua non durante a realização do exame preventivo, que aconteça o exame das mamas, e orientações sobre a prevenção de DST, pois essa é uma ótima oportunidade de prestar uma assistência completa e mais integral à saúde sexual e reprodutiva da mulher. Sendo indispensável para a identificação precoce do câncer de mama e a complementariedade da auto exame mensal.

4.2.1.Câncer de Mama

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo, e o mais comum entre as mulheres. O INCA estimou para o ano de 2010 no Brasil, 49.240 novos casos, em média 11.000 mulheres morrem por ano. Diferentemente do câncer do colo do útero, a incidência do câncer de mama encontra-se relacionado ao processo de urbanização da sociedade, evidenciando maior risco de adoecimento entre mulheres com elevado status socioeconômico (INCA, 2009).

A prevenção primária dessa neoplasia ainda não é totalmente possível, devido à variação dos fatores de risco, sendo os principais: idade acima de 50 anos, história familiar de câncer de mama, nuliparidade, renda familiar elevada (CHAVES, I.G; JÚNIOR,G.A.S. 2001)

Com base no documento de Consenso para Controle do Câncer de Mama de 2004, o Ministério da Saúde adotou como principais estratégias de rastreamento um exame mamográfico, pelo menos a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos e, o exame clínico anual das mamas, para mulheres de 40 a 49 anos. O exame clínico da mama deve ser realizado em todas as mulheres que procuram o serviço de saúde, independente da faixa etária, como parte do atendimento à saúde da mulher. Para as mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para câncer de mama (com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau), recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos (BRASIL 2004).

4.2.2.DST

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. Estimativas recentes apontam para a ocorrência de mais de 10 milhões de novas infecções em todo mundo, que podem evoluir para doenças sintomáticas como uretrites, cervicites, úlceras e verrugas genitais, ou permanecerem assintomáticos. Durante a gestação, algumas doenças sexualmente transmissíveis podem ser transmitidas ao feto, causando abortamento ou contaminação vertical. Na maioria das vezes, as práticas sexuais sem

preservativo estão relacionadas com situações específicas, como as desigualdades nas relações de gênero, condições sociais, mitos, fatores morais e religiosos, prática do sexo comercial, uso de drogas, orientação sexual e situações de exclusões, adolescência, viver com HIV/ AIDS, ter parceria fixa, acesso ao insumo, entre outras (Ministério da Saúde, 2006a).

Segundo Correa (2010) o nível sócio econômico interfere diretamente no acesso as informações e na negociação da pratica do uso do preservativo. A infecção persistente pelo HPV tem papel importante no desenvolvimento do câncer do colo do útero. Estudos demonstram que o vírus está presente em mais de 90% dos casos de câncer cervical. A prevenção pode ser feita usando-se preservativos (camisinha) durante a relação sexual, para evitar o contágio pelo vírus.

A “camisinha” é uma capa fina que normalmente é feito de LATEX e cobre o pênis ereto, antes do contato físico, para impedir o contato do pênis com a vagina, com o ânus ou com a boca. Funciona como uma barreira, impedindo os espermatozoides entrarem no corpo, com isso, ela é o método mais eficaz para se prevenir muitas doenças sexualmente transmissíveis, como a AIDS, alguns tipos de hepatites, HPV e a sífilis, por exemplo. Além disso, evita uma gravidez não planejada (Ministério da Saúde 2006a).

No Brasil o HIV é a doença sexualmente transmissível que mais cresce, e que, quando não diagnosticada e tratada a tempo, pode evoluir para complicações graves e, até mesmo para o óbito. Além disso, o HIV tem um impacto psicossocial e biológico em seus portadores, levando a escolhas erradas de tratamento, como a negligência da doença, demora em iniciar o tratamento e a auto-medicação, além de trazer impactos econômicos, uma vez que traz custos indiretos e diretos na economia do País.

Uma das consequências mais frequentes das DST são as doenças inflamatórias pélvicas (DIP), tendo como consequência à infertilidade, a dor crônica, a gravidez ectópica, podendo causar a morte materna associada, e o câncer de colo uterino, pela estreita correlação dessa patologia com alguns subtipos do HPV e com a imunodeficiência promovida pela infecção por HIV. (Ministério da Saúde 2004)

Outras enfermidades podem, em parte, ser relacionadas à transmissão sexual, dentre elas podemos destacar um número crescente de neoplasias tais como: o carcinoma hepatocelular (pela hepatite B), o carcinoma espinocelular da vagina, vulva, pênis, ânus (por alguns sub tipos de HPV e pela AIDS) e, o sarcoma de Kaposi (pela AIDS). Assim, prevenção e controle eficazes das DST são considerados como uma prioridade para a promoção da saúde reprodutiva, especialmente entre as mulheres. (Ministério da Saúde 2004)

4.3. Exame Papanicolaou

O exame preventivo é um método simples para identificar o câncer cérvico-uterino e consiste na coleta de célula através da descamação do epitélio da cérvice uterina e posterior análise. Segundo Fernandes et al (2009) esse é o método mais indicado para o rastreamento do Câncer Cérvico-Uterino, por ser um exame rápido e indolor, de fácil execução, realizado em nível ambulatorial, que tem se mostrado efetivo e eficiente para aplicação coletiva, além de ser de baixo custo.

Com a menopausa há o ressecamento e atrofia da mucosa vaginal e, para introduzir o espécuro com mais facilidade/menos trauma nessas mulheres, pode-se lubrificá-lo com soro fisiológico, para evitar alterar o resultado do exame.

O exame é realizado através da coleta de células da ectocérvice e endocérvice, que são as áreas de transição do epitélio do colo uterino. Antes da coleta do exame Papanicolaou é importante a realização da anamnese e a ausculta das queixas que a levaram ao atendimento. Para realizar esse exame a mulher não pode ter feito duchas vaginais, utilizado cremes ou ter tido relação sexual nas últimas 48 horas que antecedem ao exame. Segundo Fernandes et al (2009) recomenda-se a coleta na junção escamo – colunar (JEC) da ectocérvice, com a utilização da espátula de Ayre, seguida da coleta de material da endocérvice, com a utilização da escova cervical. O ideal é que seja utilizado duas lâminas, uma para o depósito/esfregaço do material coletado na ectocérvice e outra para a coletada na endocérvice, a

fim de evitar ressecamento provocado pelo tempo decorrido entre uma raspagem e outra(Fernandes 2007).

Outra forma de disposição do material é depositá-lo de maneira uniforme, dispondo no sentido transversal o material retirado da ectocérvice, na metade superior da lâmina, próximo da região fosca, previamente identificada com as iniciais da mulher e nº do registro, e colocar o material retirado da endocérvice na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal. (Ministério da saúde 2006)

A) O Instituto Nacional do Câncer recomenda o seguinte passo para a realização do exame (INCA2002):

- A mulher deverá ser encaminhada, antes do exame, ao banheiro, para esvaziar a bexiga e vestir um avental apropriado para o procedimento;
- Antes de iniciar a coleta o profissional deve realizar o exame de mama e orientar a mulher ao auto exame de mamas após todo período menstrual.
- Para a realização da coleta, a mulher deve ser colocada na posição ginecológica, o mais confortável possível, sendo coberta com o lençol;
- O profissional procede à lavagem e secagem das mãos;
- Posiciona o foco de luz;
- Calça as luvas;
- Expondo somente a região a ser examinada, o profissional observa inicialmente os órgãos genitais externos, prestando atenção à distribuição dos pêlos, à integralidade do clitóris, do meato uretral, dos grandes e pequenos lábios, à presença de secreções vaginais ou inflamatórias, de veias varicosas e outras lesões, como: úlceras, fissuras, verrugas e tumorações;
- Coloca-se o espécuro, que deve ter o tamanho escolhido de acordo com as características perineais e vaginais da mulher a ser examinada (pequeno, médio ou grande);
- O espécuro deve ser introduzido suavemente, em posição vertical e ligeiramente inclinado. Iniciada a introdução, faça uma rotação deixando-o em posição transversa, de modo que a fenda da abertura do espécuro fique na posição horizontal;

- Uma vez introduzido totalmente na vagina, abra-o lentamente e com delicadeza de maneira que o colo uterino fique exposto completamente, o que é indispensável para a realização de uma boa coleta;
- Nessa fase do exame, é de grande importância a observação das características do conteúdo e das paredes vaginais, bem como a descrição das características do colo do útero, o que deve ser anotado na requisição do exame e no prontuário, assim como as informações referentes à citologia anterior, caso essa já tenha sido realizada.

B) Coleta do Exame de Prevenção (Ministério da Saúde 2006c)

Coleta na ectocérvix:

- Utiliza-se espátula de madeira tipo de Ayre, do lado que apresenta reentrância;
- Encaixe a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a firmemente, fazendo uma raspagem na mucosa ectocervical em movimento rotativo de 360°, em torno de todo o orifício cervical, para que toda superfície do colo seja raspada e representada na lâmina. Deve-se exercer uma pressão firme, mas delicada, sem agredir o colo, para não prejudicar a qualidade da amostra;
- Estender material coletado com a espátula de maneira uniformemente, dispondo-o no sentido transversal, conforme descrito acima.

Coleta na endocérvix:

- Recolher o material introduzindo a escova endocervical o orifício externo do colo uterino e fazer um movimento giratório de 360 graus, percorrendo todo o contorno do orifício cervical;
- Colocar o material retirado da endocérvix na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal;
- Distender todo o material sobre a lâmina de maneira delicada para a obtenção de um esfregaço uniformemente distribuído, fino e sem destruição celular.

C) Fixação do Esfregaço:

O esfregaço obtido deve ser imediatamente fixado para evitar o ressecamento do material a ser estudado. São três os possíveis métodos de

fixação de lâminas; cada um deles necessita de uma forma de embalagem. É importante observar a validade do fixador. São eles:

1. Fixação com álcool a 96%: o esfregaço obtido deve ser imediatamente fixado, colocando-se a lâmina com o esfregaço dentro do frasco com álcool a 96% em quantidade suficiente para que todo o esfregaço seja coberto. Fecha-se o recipiente cuidadosamente; ele é então envolto pela requisição. Recomenda-se preferencialmente a fixação a Álcool 96% considerado mundialmente como o melhor para os esfregaços citológicos.

2. Fixação com Spray: borrifa-se a lâmina, imediatamente após a coleta, com Spray fixador, a uma distância de 10 cm. O acondicionamento deve ser realizado logo após a fixação e encaminhado imediatamente para o laboratório, para que o tempo da coleta e do resultado não seja prolongado desnecessariamente.

3. Fixação com Polietilenoglicol líquido: pinga-se imediatamente após a coleta, de 3 a 4 gotas de solução fixadora polietilenoglicol sobre a lâmina, de modo a cobrir todo o esfregaço. Deixa-se secar ao ar livre, sobre um suporte apropriado, e acondiciona-se cuidadosamente a lâmina em uma caixa de lâminas para o transporte ao laboratório. Lacra-se a tampa da caixa com fita gomada. A embalagem deve ser revestida com espuma de náilon e papel, a fim de evitar a quebra de lâminas.

D) Teste de Shiller

A célula do epitelial escamosa normal apresenta depósito de glicogênio que se cora de castanho escuro ou quase preto quando aplicada uma solução que contém iodo, como a solução de lugol utilizada no exame preventivo. Quando o epitélio possui células colunar normal, epitélio inflamatório, metaplasia escamosa ele não se cora ou cora pouco, pois não contém glicogênio, com isso ao utilizar o iodo na zona de transformação anormal igual as da Neoplasia Intra-Eptelial Cervical (NIC) ou codilomas a região se cora parcialmente ou não se cora identificando a zona de transformação.

Segundo Circ, Eric Lucas (2005) a prática da colposcópica tem como característica visualizar o epitélio cervical depois da aplicação da solução salina, ácido acético diluído entre 3% e 5% e solução de lugol. Sendo a

prática fundamental a utilização de ácido acético ajudar a coagular e limpar o muco. Quando o ácido acético é aplicado no epitélio escamoso normal, há pouca coagulação na camada superficial de células, onde os núcleos são escassos. Embora as células mais profundas contenham mais proteínas nucleares, o ácido acético não penetra o bastante e portanto, a precipitação resultante não é suficiente para apagar a cor do estroma subjacente. As áreas de NIC apresentam uma coagulação máxima devido ao seu conteúdo maior de proteínas nucleares e impedem a passagem da luz através do epitélio. Como resultado, o padrão do vaso subepitelial é suprimido e fica mais difícil de ser visto e o epitélio adquire uma coloração branca. Esta reação é denominada de acetobranqueamento e produz um efeito perceptível que contrasta com a cor rosada do epitélio escamoso normal circundante do colo uterino, um efeito que é comumente visível a olho nu.

O aspecto acetobranco não é exclusivo da NIC e da neoplasia em estágio inicial. É também visto em outras situações quando há uma maior quantidade de proteína nuclear. As alterações acetobranco associadas com metaplasia imatura e alterações inflamatórias desaparecem rapidamente, em geral entre 30 e 60 segundos, sendo que associadas ao NIC surge de imediato e persiste por mais de um minuto.

O teste de Schiller consiste na avaliação do epitélio escamoso metaplásico maduro original ou recém – formado, que contém glicogênio. Quando há região com a NIC, o epitélio passa a ter pouco glicogênio ou nenhum, com isso, ao se aplicar a solução iodada, as células normais, ricas em glicogênio se coram de cor castanho escura ou preto depois da aplicação do iodo. O epitélio colunar não capta o iodo e não se cora, mas adquire um aspecto ligeiramente descorado, devido a uma película fina de solução de iodo. Já as áreas de NIC e neoplasia invasiva não há captação de iodo, já que não possuem glicogênio. Estas células se apresentam como áreas espessas, de coloração amarelo-mostarda ou cor de açafrão.

As áreas com leucoplasia (hiperqueratose) não se coram com iodo e, os condilomas podem não se corar, ou às vezes, se coram apenas parcialmente. Recomenda-se a aplicação sistemática de solução de iodo na prática colposcópica, já que esta medida pode ajudar a identificar lesões que

não foram notadas durante o exame com solução salina e com ácido acético (CIRC, ERIC LUCAS 2005).

Após a realização do exame escreva o resultado no prontuário depois do uso de Solução de Lugol ou de Schiller como iodo positivo, para mulheres com células cancerígenas, sendo que a área que não corou deve ser identificada, iodo negativo para mulheres sem células cancerígenas. A descrição do Teste de Schiller como Teste de Schiller positivo ou negativo está em desuso no mundo todo.

E) Finalização do Procedimento

- Fechar o espéculo não totalmente, evitando “pinçar” o colo uterino;
- Retirar o especulo delicadamente inclinando levemente para cima, observando as paredes vaginais;
- Retirar as luvas;
- Auxiliar a mulher a descer da mesa;
- Solicitar que ela troque de roupa;
- Informar sobre a possibilidade de um pequeno sangramento que poderá ocorrer depois da coleta, tranquilizando-a que o sangramento cessará sozinho;
- Enfatizar a importância do retorno para buscar o resultado e se possível agendar conforme rotina da Unidade de Saúde Básica.

4.4. Atribuições da Equipe de Saúde da Família

Políticas públicas nos âmbitos federal, estadual e municipal, elaboram protocolos com a definição das atribuições e responsabilidades de cada membro das Equipes de Saúde da Família, no que se refere à assistência no exame citológico. A seguir estão descritas atribuições de diferentes profissionais, de acordo com documento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte “Prevenção e controle do câncer de colo de útero”, 2008.

Médico de Saúde da Família

- Realizar o exame clínico-ginecológico em todas as mulheres nas quais esteja indicado;

- Rastrear o câncer do colo uterino em todas as mulheres nas quais esteja indicado;
- Realizar a coleta de material para exame citopatológico do colo uterino, seguindo as recomendações de rastreamento do INCA;
- Monitorar os resultados dos exames citopatológicos colhidos pela sua Equipe Saúde da Família (ESF);
- Orientar a Equipe para realização de busca ativa das mulheres com exames alterados;
- Organizar os processos de trabalho para realização de busca ativa das mulheres em sua área de abrangência, que não estejam realizando seus exames preventivos de rotina;
- Incrementar ações que resultem no aumento da cobertura do rastreamento/prevenção do Ca de colo uterino na área de abrangência de sua ESF;
- Encaminhar as mulheres para a Atenção Secundária, quando indicado, e monitorar seu atendimento/tratamento. Atenção especial para os casos de Ca de colo;
- Tratar as DSTs e infecções do Trato Genital Inferior;
- Discutir os casos que gerem dúvidas com o Ginecologista de sua Unidade;
- Orientar o(a) enfermeiro(a) na correta realização da coleta de material para exame citopatológico do colo uterino.

Enfermeiro

- Realizar exame especular, coleta de material para exame citopatológico do colo uterino e teste de Schiller, como uma etapa da consulta de enfermagem à mulher;
- Encaminhar para avaliação médica na sua unidade de saúde, as mulheres com alterações identificadas ao exame especular (lesões vulvares, lesões cervicais, pólipos, condilomas, grandes ectopias e outras), resultado da citologia positiva e Schiller positivo;
- Supervisionar a realização de busca ativa das mulheres da área de abrangência que não estejam realizando seus exames preventivos de rotina,

e das mulheres com exames alterados ou que tenham indicação para tratamento/seguimento de patologias do colo uterino;

- Realizar visita domiciliar quando necessário;
- Supervisionar e coordenar o trabalho da equipe de enfermagem e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas ações;
- Manter a disponibilidade de suprimentos dos insumos e materiais necessários para as ações propostas;
- Realizar atividades de educação permanente junto aos demais profissionais da equipe;
- Planejar, coordenar, executar e avaliar ações educativas relacionadas à prevenção primária e secundária do câncer de colo uterino, direcionada às mulheres, utilizando a modalidade de grupos operativos, de modo a reforçar e potencializar as interações que ocorrem em momentos coletivos e possibilitar trocas de experiências.

Médico Ginecologista

- Realizar o exame clínico-ginecológico em todas as mulheres nas quais esteja indicado;
- Rastrear o câncer do colo uterino em todas as mulheres nas quais esteja indicado. Realizar a coleta de material para exame citopatológico do colo uterino, seguindo as recomendações de rastreamento do INCA;
- Monitorar os resultados dos exames citopatológicos colhidos que estejam alterados, na sua Unidade;
- Orientar as ESF para realização de busca ativa das mulheres com exames alterados;
- Organizar os processos de trabalho junto às ESF de sua Unidade, para realização de busca ativa das mulheres da área de abrangência que não estejam realizando seus exames preventivos de rotina;
- Incrementar ações que resultem no aumento da cobertura do rastreamento/prevenção do Ca de colo uterino na área de abrangência de sua Unidade, junto com as ESF;
- Encaminhar as mulheres para a Atenção Secundária, quando indicado, e monitorar seu atendimento/tratamento;

- Atenção especial para os casos de Ca de colo;
- Tratar as DSTs e infecções do Trato Genital Inferior;
- Orientar os Médicos e Enfermeiros nos casos da sua Unidade, que gerem dúvidas quanto ao diagnóstico, tratamento e encaminhamento;
- Orientar os médicos de família e enfermeiros na correta realização da coleta de material para exame citopatológico do colo uterino.

Auxiliar de Enfermagem

- Realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, sob supervisão do enfermeiro;
- Orientar o usuário para consultas médicas e de enfermagem, exames, tratamentos e outros procedimentos;
- Participar de capacitação e educação permanente promovidas pelo enfermeiro e/ou demais membros da equipe;
- Participar de reuniões periódicas da equipe de enfermagem, visando o entrosamento e enfrentamento dos problemas identificados;
- Registrar as ações de enfermagem no prontuário do paciente, em formulários do sistema de informação e outros documentos da instituição.
- Realizar atenção integral às mulheres;
- Realizar atenção domiciliar, quando necessário;
- Manter a disponibilidade de suprimentos para a realização do exame do colo do útero.

Agente Comunitário de Saúde

- Conhecer a importância da realização da coleta de exame preventivo como estratégia segura e eficiente para detecção precoce do câncer do colo do útero na população feminina de sua micro área;
- Buscar a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à unidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito de mulheres em situação de risco;

- Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas relativas ao controle do câncer do colo do útero, de acordo com o planejamento da equipe;
- Realizar busca ativa para rastreamento de mulheres de sua micro área para detecção precoce do câncer do colo do útero;
- Realizar busca ativa das mulheres com exames alterados, ou que necessitem de tratamento/seguimento de patologias do colo uterino;
- Realizar o seguimento das mulheres que apresentam resultado do exame preventivo alterado, amostras insatisfatórias e sem anormalidades para o acompanhamento periódico

5 – FATORES QUE INFLUÊNCIA NA BAIXA ADESÃO DAS MULHERES AO EXAME PAPANICOLAOU

A prática de prevenção do câncer do colo do útero (PCCU), ainda hoje, representa um importante desafio de Saúde Pública. As razões para explicar este problema são as mais variadas, entre as quais, os fatores culturais, sociais, econômicos bem como a própria organização dos serviços públicos de saúde.

Segundo Correa (2010) os aspectos da não realização do exame preventivo são verificados através dos possíveis fatores que estão relacionados a vergonha, o sentimento de que o exame não lhes é adequado, o não reconhecimento de ser integrante do grupo de risco, o medo do exame, o desconhecimento da importância do exame, a omissão dos profissionais, a objeção do companheiro, o temor da doença, a inatividade sexual, e o nível socioeconômico e cultural.

Dentre os fatores culturais apresentados, temos o medo, vergonha, tabus, exposição da região erógena para um indivíduo que não seja seu marido, conforme observa Duavy:

A influência da cultura na educação e na conduta da família em relação à sexualidade foi também destacada por quase todas as depoentes, que mencionaram a dificuldade da mãe abordar essa questão, como também a realização do exame de prevenção. Tal afirmação nos leva a questão de gênero, pois somos educadas por mulheres, numa sociedade onde a virilidade e o prestígio do macho estão longe de serem apagados e, por motivos culturais, o sexo ainda é visto

como algo ligado à reprodução e ao prazer, reprimido, por ser considerado moralmente condenável.(DUAVY 2007 PAG. 737).

Com isso, observa-se que a cultura esta muito arraigada ao pudor, no qual o sentimento de vergonha e a falta de motivação é justificativa para a não realização do exame preventivo. Segundo Beghini (2006) a existência do medo está relacionado com a possibilidade de se descobrir alguma anormalidade, o medo de ser portadora de uma doença, afasta a paciente do diagnóstico.

Em pesquisa realizada por Brenna (2001) sobre conhecimento, atitude e prática do exame de papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino a desmotivação ou a vergonha foram as justificativas mais referidas para não realizar o exame, entre as mulheres que apresentaram NIC e câncer invasivo, 87% e 81% respectivamente. Com relação às dificuldades mais frequentes geradas pelos serviços de saúde, foram referidas as seguintes: médicos que não as examinavam, relatado por 60% de todas as mulheres; tempo de espera longo para a consulta, relatado por 48% e 60% daquelas com NIC e câncer invasivo respectivamente; agendamento tardio relatado por 47% das mulheres com NIC e 50% das com câncer invasivo.

Entre os fatores sociais, econômicos e comportamentais que levam a mulher a não realizar o exame preventivo foram identificadas baixa escolaridade, desinformação sobre o exame, condição socioeconômica e falta de conhecimento sobre o câncer ginecológico. Segundo Fernandes (2009) a associação do grau de escolaridade com conhecimento, atitude e prática do exame preventivo, estão relacionados com as características sociodemográfica. E ainda, a condição socioeconômica faz com que as mulheres de maior renda procure mais o serviço.

“O fato de as mulheres procurarem o serviço somente quando tem sintomas, seria uma característica sócio econômica da população de países em desenvolvimento, devido ao entendimento de que não é necessário ir ao médico se não sente nada.” (BRENNNA 2001 PAG.913)

A realização do exame somente quando a mulher procura o serviço com uma queixa, faz com que diminua o índice de mulheres que não

realizaram o exame nos últimos três anos, pois a maioria das vezes elas não entendem o exame como uma forma de prevenção, e sim como uma necessidade de cuidado médico imediato

Além das dificuldades pessoais apresentadas para a procura do serviço de saúde, Fernandes (2009) observou que a moradia e a situação conjugal influenciam nas atitudes das mulheres para a realização do exame preventivo. Entretanto, problemas como distância, dificuldades para deixar filhos ou parentes, não poder deixar o trabalho ou ainda ter dificuldades financeiras e com transporte, também foram dificuldades apontadas. (BRENNNA, 2001).

Fatores relacionado a organização do serviço de saúde, as mulheres citaram a má qualidade dos serviços, como médicos que não examinam, tempo de espera prolongada para conseguir uma consulta, problemas com agendamento e consultas remarçadas por falta de médico ou greve (BRENNNA 2001).

Observa-se que a dificuldade apresentada na estrutura do serviço, como a insuficiência da oferta, desigualdades no acesso ao serviço, longas esperas no agendamento e atraso nos resultados e no tratamento comprometem a assistência e a relação entre profissionais e paciente e a credibilidade do serviço (FERNANDES 2007).

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar das ações voltadas para a prevenção do câncer cérvico uterino ele ainda se apresenta como um grave problema de saúde pública, devido a alta prevalência de casos de morte apresentados no Brasil.

O exame ginecológico é um importante exame para detecção do câncer cérvico uterino. É esperado que existam medos e ansiedades para sua realização, porém, trata-se de um exame simples que tem contribuído para a redução das mortes por câncer de colo uterino, por apresentar cura nos casos diagnosticados precocemente.

Dentre os motivos apresentados para a não realização do exame preventivo, o fator cultural é um dos que demanda uma estratégia de longo prazo para a modificação do perfil epidemiológico apresentado, pois são

trabalhadas questões individuais nas quais a mulher passa por um período de aceitação da exposição do seu corpo a outro indivíduo, que não é o seu companheiro. Já o serviço de saúde, tem que adaptar a linguagem e/ou característica da população, buscando uma maior informação da clientela, sobre os objetivos e vantagem da realização periódica deste procedimento e ainda, orientar a população sobre os demais profissionais que podem realizar o exame por terem sido capacitados tecnicamente para esta função. Esta medida poderia aumentar o número de vagas para a realização do exame e diminuiria a fila de espera.

Entendemos que profissionais de saúde tem que reavaliar seus conceitos e suas práticas, para modificar esse perfil aqui presente. Somente com essa mudança, poderemos aumentar a procura e a oferta pelo serviço, e com isso diminuir a mortalidade das mulheres por esse câncer. Para tanto, se torna necessário uma capacitação e sensibilização dos profissionais, para uma abordagem diferente, mais humanizada e mais ampla, na qual abordara a cliente independente de sua queixa, visando orientar sobre a importância do exame preventivo.

Como o fator cultural demanda uma abordagem diferenciada é necessário disponibilizar espaços para a socialização do conhecimento, possibilidade de interação entre profissionais e pacientes, no qual a mulher poderá familiarizar com o ambiente e com o exame, e diminuir o seu constrangimento, medo, vergonha e demais sentimentos que retardam a realização do exame.

É preciso alterar o contexto, sensibilizando e qualificando o profissional para a realizar o exame preventivo do CCU de forma diferenciando e informar a mulher sobre a importância do exame. Ela pode esclarecer e expor suas dúvidas e anseios num ambiente em grupo.

Um exame de forma humanizado onde equipe e clientela se interagem, há maior possibilidade destas mulheres ficarem satisfeitas com o trabalho da equipe e retornem com mais frequência ao serviço.

7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEGHINI, Alessandra Bonato; SALIMENA, Anna Maria de Oliveira; MELO, Maria Carmen Simões Cardoso de e SOUZA, Ívis Emília de Oliveira. **Adesão das acadêmicas de enfermagem à prevenção do câncer ginecológico: da teoria à prática.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2006, vol.15, n.4, pp. 637-644. ISSN 0104-0707. doi: 10.1590/S0104-07072006000400012.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. **Prevenção e Controle do Câncer do Colo de Útero.** Belo Horizonte, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Centro de documentação do Ministério da Saúde. **Assistência Integral a Saúde da Mulher: Base de ação programática.** Brasília. Distrito Federal. 1984

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Cadernos de Atenção Básica nº13. Brasília, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programática Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais.** Brasília 2006a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Falando sobre câncer do colo do útero.** Instituto Nacional do Câncer. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do Câncer do Colo do útero.** Manual Técnico – Profissionais da Saúde. Brasília, 2002c

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher:** princípios e diretrizes. Brasília. 2004b.

BRENNA, Sylvia Michelina Fernandes; HARDY, Ellen; ZEFERINO, Luiz Carlos and NAMURA, Iara. **Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2001, vol.17, n.4, pp. 909-914. ISSN 0102-311X. doi: 10.1590/S0102-311X2001000400024.

CHAVES, Indelécio G.; JÚNIOR, Gabriel A.S. **Câncer de Mama.** In: CAMARGOS, A. F.; MELO, V. H. *Ginecologia Ambulatorial.* Coopmed. Belo Horizonte, 2001.

CIRINO, Ferla Maria Simas Bastos; NICHATA, Lúcia Yasuko Izumi and BORGES, Ana Luiza Vilela. **Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e hpv em adolescentes.** *Esc. Anna Nery* [online]. 2010, vol.14, n.1, pp. 126-134. ISSN 1414-8145. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000100019>

Colposcopia e tratamento da neoplasia intraepitelial cervical: Manual para participante: Capítulo 4 :Introdução à colposcopia: indicações, instrumental, princípios e documentação dos achados. **Versão Internet: Eric Lucas, CIRC, Lyon, Francia, Janeiro de 2005** disponível em: <http://screening.iarc.fr/colpochap.php?lang=4&chap=4>

Correa Soares, Marilu; Martins Mishima, Silvana; Könzgen Meincke, Sonia Maria; Rezende Simino, Giovana Paula **CÂNCER DE COLO UTERINO: CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO**

BRASIL Escola Anna Nery, Vol. 14, Núm. 1, enero-marzo, 2010, pp. 90-96
Universidade Federal do Rio de Janeiro Brasil Disponible
em:<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=127712632014>

DUAVY, Lucélia Maria; BATISTA, Fátima Lucia Ramos; JORGE, Maria Salete Bessa e SANTOS, João Bosco Feitosa dos. **A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.3, pp. 733-742. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232007000300024.

Fernandes Rosa Aurea Quintella, Nádia Zanon Narchi. **Enfermagem e Saúde da Mulher.** Baurueri, SP: Manole; 2007

FERNANDES, José Veríssimo et al. **Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, n.5, pp. 851-858. Epub 18-Set-2009. ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/S0034-89102009005000055.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas; 2002

INCA. Instituto nacional do câncer. **Estimativas 2010: Incidência de Câncer no Brasil.** Brasil, 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010>

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>

PINHO, Adriana de Araujo et al. **Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de Papanicolaou.** *Rev. Brasileira de saúde matern. infant., Recife*, 3 (1): 95-112, jan. - mar., 2003.

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24

1